CONSEIL DE LA FAMILLE

AVIS

Pour des services de santé
et de bien-être
adaptés aux familles québécoises

Québec

Pour des services de santé
et de bien-être
adaptés aux familles québécoises

Avis 1990.2
Avril 1990

90-04252/

Cet avis a été adopté par le Conseil de la famille à sa 13e réunion les 26 et 27 février 1990 et transmis à la ministre déléguée à la Condition féminine et responsable de la famille, Madame Violette Trépanier, le 12 mars 1990, conformément à l'article 15.2e de la Loi sur le Conseil de la famille.

La recherche et la rédaction ont été assumées par Madame Ginette Decoste, les travaux de secrétariat par Madame Céline Gariépy et la révision linguistique par Madame Andrée G.-Laforge.

CONSEIL DE LA FAMILLE
1 Parc Samuel-Holland
bureau 342
Québec (Québec)
G1S 4P2

(418) 646-7678

Gouvernement du Québec
ISBN 2-550-20702-5

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

Chapitre premier

L'analyse du document ministériel 3

1. Les objectifs de santé et de bien-être 3
2. Les services 5
3. Les ressources humaines 6
4. Les organismes communautaires 7
5. Les établissements 8
6. Les régies régionales 9
7. Le financement et l'allocation budgétaire 10
8. La recherche 11

Chapitre II

Le Conseil relève certaines questions qui ont des incidences sur les familles 13

1. Trois documents gouvernementaux en parallèle 13
2. Décentralisation, régionalisation, démocratisation...au-delà des mots 14
3. Un partenariat équilibré 15
4. Les services sociaux... parents pauvres du système 15
5. Le financement des organismes communautaires reconnu officiellement... mais à quel prix? 16

Conclusion 17

Notes bibliographiques 19

Recommandations du Conseil de la famille 21

Introduction

Le Conseil de la famille émet aujourd'hui un avis relatif au document intitulé: *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*[1] rendu public par Mme Thérèse Lavoie-Roux en avril 1989. Parmi les secteurs d'intervention inclus dans la Politique familiale, celui de la santé et des services sociaux préoccupe tout particulièrement le Conseil, vu ses nombreux impacts sur les familles. En effet, ce domaine n'est-il pas le témoin de moments cruciaux de la vie des familles, que ce soit la naissance, la mort, les séparations, la maladie, la délinquance, la violence...?

Vingt ans après la Commission Castonguay-Nepveu et compte tenu de l'avènement de nombreux changements sociaux, une réorientation s'imposait à plus d'un égard. Le document étudié est le résultat de plusieurs consultations et travaux[2], entre autres, qui tous ont démontré que les besoins dans ce domaine avaient évolué et qu'il fallait adapter l'action du Ministère et de son réseau en conséquence. Il traduit donc une volonté gouvernementale qui est actuellement l'objet d'un avant-projet de loi[3], qui sera suivi de l'adoption d'une loi, dans les mois à venir.

Pour effectuer cette étude, le Conseil s'est référé au texte ministériel lui-même ainsi qu'au projet de loi. Il est conscient que ces derniers ne constituent que le début d'un long processus qui a pour objet des changements profonds et déterminants du secteur de la santé et des services sociaux.

Certains événements et certaines actions influenceront l'allure finale de la réforme désirée comme la tenue d'une commission parlementaire, les réactions du public, de même que l'approbation ou la résistance des intervenants du réseau et la mise en place du plan de réalisation. Le Conseil souhaite que l'on tienne compte de ses recommandations dans ce contexte pour améliorer la santé et le bien-être des familles.

À l'instar des besoins des familles qui sont tributaires de plusieurs champs d'activités pour être comblés (habitation, éducation, environnemnent, etc.), le défi de santé et de bien-être faisant l'objet du document ne relève pas exclusivement du ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est dans cette perspective que le Conseil s'interroge sur cette réforme afin de connaître comment les personnes et, par ricochet, les familles s'insèrent dans ce nécessaire «coup de barre», honnête et courageux, il faut bien le dire.

Le Conseil avait déjà inscrit, entre autres, à son carnet de travail des dossiers reliés aux services de santé et aux services sociaux: la violence en milieu familial, certaines clientèles vulnérables tels les enfants, les parents âgés, les personnes souffrant de problèmes psychologiques, la prévention sociale, l'implication de la communauté. Il est heureux d'avoir retrouvé dans le texte ministériel ces mêmes questions à un titre ou à un autre et il entend exercer une vigilance soutenue en rapport avec celles-ci, vu leur importance et des incidences qu'elles ont sur de nombreux aspects de la vie des familles.

Pour l'aider dans l'analyse de ce texte, comme dans les autres documents qui lui seront soumis ultérieurement, le Conseil a utilisé le Guide d'évaluation **Penser et agir famille** qui constitue son deuxième avis public[4]. Cet instrument dont s'est doté le Conseil a pour but d'apprécier la qualité familiale, l'approche familiale en quelque sorte, des politiques, programmes et services qui peuvent avoir des incidences sur les familles. Le guide complet propose plusieurs éléments d'analyse tels l'identification de la structure, du stade et de la situation socio-économique des familles, les fonctions, les composantes administratives et les critères familiaux.

Aux fins de la présente analyse, ce sont uniquement les critères familiaux qui seront invoqués. Ils se présentent comme suit:

- *le premier critère:* la stabilité des familles, donc l'engagement conjugal et parental, doit être encouragée et renforcée;
- *le deuxième critère:* la volonté de soutenir et de compléter l'effort des familles, plutôt que de les remplacer;
- *le troisième critère:* la force et la durabilité des liens de parenté, ainsi que l'influence que les membres de la famille exercent les uns sur les autres;
- *le quatrième critère:* les familles doivent être considérées comme partenaires compétents si on veut qu'elles remplissent toutes leurs fonctions;
- *le cinquième critère:* la diversité des familles;
- *le sixième critère:* la priorité doit être donnée aux familles les plus vulnérables, à savoir celles dont les besoins psychologiques, sociaux et économiques sont les plus grands.

Au cours des lectures successives et de l'analyse du document *Orientations*, ces critères ont constamment

servi de référence; le Conseil a tenté de traduire cette préoccupation dans la rédaction tant du chapitre I que du chapitre II.

Au premier chapitre, qui adopte les mêmes divisions que le document ministériel, le lecteur est invité à découvrir les principaux éléments de la réforme; les réflexions et les commentaires rédigés reflètent la recherche de liens et de relations entre les besoins des familles et les nouvelles orientations proposées.

Au deuxième chapitre, le Conseil rassemble les questions ayant des incidences sur la famille qu'il juge prioritaires. Il y fera part de son optimisme relativement à certaines orientations, mais aussi, il y exprimera ses réticences et ses déceptions.

En conclusion, le Conseil fait état de démarches gouvernementales antérieures au sujet de la politique familiale et dont il aurait aimé retrouver des prolongements dans le projet de réforme; il fait référence aussi aux critères familiaux qui montrent tout de même que les familles tireront certains bénéfices de cette grande entreprise.

Chapitre premier
L'analyse du document ministériel

Ce chapitre permettra un premier contact avec le document *Orientations* qui pose les assises de la réforme proposée. C'est aussi pour le Conseil de la famille, une occasion de faire part de sa réflexion relativement à plusieurs questions relevant de ce secteur stratégique pour l'ensemble de la population, et en particulier pour les familles, que sont les services de santé et les services sociaux.

Le Conseil a analysé chacune des parties du texte; il a particulièrement été intéressé par des questions susceptibles d'avoir des répercussions directes sur la vie des familles.

Tout au long de ce travail, les critères familiaux, dont il a été question dans l'introduction, lui ont servi de balises afin de déterminer si le document faisait preuve d'une optique familiale et s'il avait respecté une approche familiale.

1. LES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE
(document ministériel, page 15 et suivantes).

Dans le document *Orientations*, les objectifs de santé et de bien-être sont vus comme la **recherche d'un équilibre dynamique** entre le potentiel de la personne et les caractéristiques du milieu (p. 18). Cette vision intégratrice et holistique[5] des services est en accord avec la philosophie du Conseil de la famille. Il soutient que c'est de cette façon que les familles seront le mieux aidées.

Quatre stratégies fondamentales sont présentées:

a) la prévention et la promotion;

b) le renforcement de l'autonomie des personnes, des réseaux naturels et des communautés;

c) la coopération multisectorielle;

d) le maintien d'un système public fort (pp. 18 et 19).

Parmi les stratégies présentées, **la prévention des problèmes et le renforcement de l'autonomie** des personnes, des réseaux naturels et des communautés retiennent particulièrement l'attention du Conseil mais il préconise que les réalités familiales soient intégrées à la formulation de celle-ci.

La prévention, qui commence à porter fruit dans le domaine de la santé, pourrait tout aussi bien être salutaire pour résoudre des problèmes sociaux; ainsi, le soutien au rôle parental est-il considéré comme nécessaire auprès d'une clientèle vulnérable.

La prévention pour être efficace doit avoir un caractère horizontal, c'est-à-dire qu'elle doit devenir une préoccupation de tous les secteurs et non pas uniquement celle de la santé et des services sociaux.

De cette façon, le recours aux services spécialisés et aux superstructures sera moins important. La force d'une société est directement liée à la force de ses individus et de ses familles. Il faudra cependant être vigilant quant à la capacité des familles de fournir des services, de même qu'il faudra être attentif au soutien dont elles auront besoin pour assumer leurs responsabilités.

Loin de vouloir atténuer la responsabilité des familles, le Conseil encourage plutôt un équilibre entre la contribution de celles-ci et la collaboration de l'État. Il est persuadé que l'équilibre tant recherché ne peut être atteint par un seul secteur d'activités. Ainsi devront être mis à contribution les secteurs du travail, de l'environnement, de l'éducation, des municipalités, des services de garde, par exemple.

Pour améliorer la santé et le bien-être, les rédacteurs ont employé une méthode qui consiste à formuler des objectifs de résultats; ils en ont ainsi rédigé vingt qui précisent, souvent en pourcentage, les résultats que l'on désire atteindre (ex.: réduire de 10% la prévalence des maux de dos); ils se regroupent ainsi:

Ajouter des années à la vie
(Objectifs 1 à 6) (pp. 19 à 24)
Ajouter de la santé à la vie
(Objectifs 7 à 13) (pp. 24 à 27)
Ajouter du bien-être à la vie
(Objectifs 14 à 20) (pp. 27 à 33)

Ces objectifs ne peuvent que recevoir l'assentiment du Conseil; en contribuant à sauvegarder la santé (au sens le plus large possible) des familles, et ce, le plus longtemps possible, les liens familiaux n'en seront que plus forts, plus continus et plus étendus dans le temps.

Bien des problèmes sociaux et de santé pourront ainsi être évités; on pense aux enfants placés en famille d'accueil lors de la maladie et de la mort de leurs parents, aux angoisses des familles lors de la maladie, du handicap ou encore du suicide d'un des leurs.

Le Conseil se sent particulièrement concerné par les objectifs ayant trait aux clientèles les plus vulnérables; cependant il aurait apprécié qu'un objectif soit consacré à la *famille*, lequel inciterait les principaux acteurs de ce vaste réseau à **«Penser et agir famille»**; forts d'un tel instrument, les nombreux intervenants privés et publics engagés à divers niveaux de compétence et de responsabilités pourraient ainsi favoriser une véritable approche familiale.

Certains objectifs ont attiré davantage l'attention du Conseil, en particulier ceux qui ont trait à la **violence faite à la personne, la mésadaptation sociale et l'intégration sociale**; les clientèles suivantes font l'objet d'une formulation d'objectifs spécifiques, à savoir:

- les personnes âgées en perte d'autonomie (objectif 14)
- les personnes présentant des déficiences physiques, psychiques ou intellectuelles (objectif 15)
- les malades mentaux (objectif 16)
- les itinérants (objectif 20).

Le Conseil considère que la solution relative à la prise en charge de plusieurs clientèles ne réside pas nécessairement et uniquement dans l'augmentation du nombre de lits, mais bien dans la mise sur pied d'une gamme complète de soins et de services dont ont besoin les personnes âgées et les autres qui souffrent de handicap, de déficience, de maladie mentale; ainsi, le document prévoit que le développement des services à domicile, des hôpitaux et des centres de jour, des services de réadaptation, des services de gériatrie, par exemple, ira en s'accélérant et cela ne peut être qu'encouragé.

Lorsqu'il est question de ces clientèles, les mots intégration, soutien social, maintien dans le milieu reviennent comme un leitmotiv. Idéalement, vivre dans son milieu naturel est souhaitable pour tous.

Cependant, compte tenu des problématiques spécifiques et de leur évolution dans le temps, les besoins sont de plusieurs ordres et les ressources nécessaires varient beaucoup. Le maintien ou la réintégration dans son milieu habituel de vie ne peut être fait au détriment ni des bénéficiaires ni de leur famille. Les conditions et les moyens devront être clairement définis, sinon, les bénéficiaires risquent d'être privés des services et des soins que requiert leur état; leur famille risque aussi de s'épuiser et de cesser ainsi leur prise en charge à moyen ou long terme.

Le Conseil fait part de son inquiétude relativement à la façon dont semblent s'articuler la coopération et la coordination de la communauté, des familles et de l'État par rapport aux besoins de cette clientèle. Il ne désire pas que l'on évacue l'implication du milieu et des familles, bien au contraire; il souhaite qu'on leur apporte l'aide et le soutien nécessaires.

Il est également question de d'autres clientèles dont le Conseil se préoccupe beaucoup:

- **les enfants victimes de mauvais traitements et de négligence** (objectif 17)
- **les victimes de violence familiale** (objectif 18)
- **les personnes âgées** (objectif 19)

Le Conseil s'est donné comme priorité d'approfondir la question de la violence qui touche une partie (trop importante) des familles, dans les prochains mois et les prochaines années. Le Conseil est heureux de constater que le document *Orientations* privilégie une approche préventive. Il reste que cette notion doit prendre toute sa force dans la concrétisation de mesures visant à enrayer la violence auprès de ces clientèles; il suivra le développement des diverses actions qui seront mises de l'avant.

Le Conseil est conscient que le problème de la violence, souvent associé à d'autres tout aussi graves, tels les ruptures d'union, le mauvais état de santé, les problèmes de drogues, etc., nécessite des actions intégrées.

Certaines actions déjà entreprises sont évoquées aux pages 33 et 34. L'appel à la collaboration du milieu est exprimé clairement et c'est sans doute ce que ces actions ont le plus en commun.

Le problème de la **déficience intellectuelle** nous est rappelé par la publication récente du programme d'action intitulé *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle*. Le grand objectif de réintégrer socialement plus de 6 000 personnes est louable mais en même temps, il soulève des appréhensions dans certains milieux et représente un défi important pour les personnes appelées à prendre la relève du secteur public (familles d'origine, familles d'accueil, organismes communautaires, etc.). Les autres objectifs poursuivis sont de rendre accessible une gamme de services spécifiques, de favoriser la participation des proches et d'accroître la participation de la communauté.

Si l'on veut que les responsabilités parentales et familiales soient exercées à l'égard des personnes déficientes intellectuellement, il faudra que l'État apporte un soutien adéquat et demeure disponible à prendre la relève à un moment ou l'autre de l'existence de ces personnes, par un service de répit ou de dépannage ou de toute autre forme.

De plus, les secteurs d'activités comme le monde du travail, l'éducation, les municipalités devront s'ouvrir aux nouvelles réalités qui consistent à transformer des services institutionnels en un réseau de services intégrés à la communauté.

Pour que cette opération réussisse, nous croyons que le secteur public doive exercer un certain leadership dans l'organisation des activités entourant la réinsertion de ces personnes à la vie (la plus normale possible) de la communauté.

Le secteur de **la santé mentale** peut s'appuyer maintenant sur une politique (p. 34), dont le premier objectif est de favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale. Le Conseil constate avec satisfaction la nature préventive de cet objectif qui rejoint en cela sa préoccupation de développement harmonieux des familles et de leurs membres.

Pour que le tout se concrétise, il est indispensable qu'une concertation s'installe entre les principaux

secteurs d'activités allant de l'habitation à l'environnement en passant par les nécessaires services de santé et services sociaux. Très préoccupé et engagé dans cette vision multisectorielle des actions, le Conseil entend intégrer à ses travaux futurs cette préoccupation de santé mentale qui ne doit pas être rappelée uniquement lorsqu'il y a déséquilibre et maladie.

Le deuxième objectif de cette politique doit permettre à toute personne dont la santé mentale est perturbée ou menacée d'obtenir une réponse appropriée et toute l'attention nécessaire en mettant de l'avant les orientations et les mesures suivantes:

- assurer la primauté de la personne,
- mieux former les ressources humaines,
- favoriser l'équilibre entre divers programmes,
- maintenir dans le milieu,
- favoriser le partenariat.

Le Conseil est d'avis, lorsque les personnes et les familles vivent une telle réalité, que le recours au partenariat représente une avenue intéressante. Cependant, il faudra bien définir cette notion, en délimiter le cadre et en prévoir les aspects opérationnels.

Il reconnaît que les familles et les communautés ont une responsabilité certaine vis-à-vis des personnes souffrant de maladie mentale, mais il croit que ces instances ne devront pas assumer seules la prise en charge des bénéficiaires; le secteur public doit poursuivre son travail d'évaluation, d'orientation, de soutien et de suivi.

Les familles et l'environnement communautaire ne sont pas toujours sains, dynamiques et adéquats pour les personnes aux prises avec des problèmes de maladie mentale; à titre d'exemple, la désinstitutionnalisation, on le constate, ne serait-ce que par la présence des itinérants qui sillonnent nos centres villes, n'a pas que des aspects positifs. C'est pourquoi le Conseil trouve essentiel que le suivi des bénéficiaires soit structuré de manière à éviter la dégradation de leurs conditions de vie et de santé. La désinstitutionnalisation comprend nécessairement des mesures de réinsertion sociale.

L'adoption de la **politique familiale** (p. 35) et la création du Conseil de la famille sont d'autres actions gouvernementales que le document *Orientations* mentionne comme étant très positives. Il y annonce aussi le *Plan d'action en matière de politique familiale*[6] qui a été publié depuis et auquel le ministère de la Santé et des Services sociaux a contribué à l'instar de plusieurs autres ministères et organismes.

Sans être directement engagé dans la mise en application de ce premier *Plan d'action*, qui est de la responsabilité du Secrétariat à la famille, le Conseil considère qu'il est un acquis positif pour l'ensemble des familles québécoises malgré ses limites, les compromis qu'il comporte et le peu de ressources financières qui y sont affectées.

À titre d'exemple, mentionnons que les mesures qui dépendent du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'exécution est prévue pour cette année, le seront grâce aux budgets courants; la réalisation des mesures envisagée au cours des années futures dépend de budgets de développement qui ne sont pas encore connus. Malgré tout, on peut remarquer que le chapitre 4 du *Plan d'action* relatif à la mission de ce Ministère semblait, en faisant la promotion de l'approche familiale, plus prometteur que le document *Orientations*.

Le caractère horizontal propre à la politique familiale est respecté dans ce document puisqu'une vingtaine de ministères ou organismes participent aux mesures proposées; on voit aussi se dessiner le fait que la multisectorialité devient une réalité puisque près du quart des mesures suppose une collaboration à des recherches, des études, des programmes et des services particuliers. Les notions de responsabilité parentale et d'approche familiale s'imposent également; elles accompagnent et motivent un grand nombre de mesures et sont en continuité avec les grands principes de l'*Énoncé de politique* rendu public en décembre 1987.

Afin de compléter cette réflexion, on pourra consulter la réaction du Conseil de la famille sur le sujet[7]; il est en effet préoccupé d'une part par la mise en oeuvre de ce *Plan d'action*, et d'autre part, il désire participer, par sa réflexion et ses travaux, à l'orientation et à la conception des prochains plans.

2. LES SERVICES

(document ministériel, page 37 et suivantes)

L'accessibilité, la continuité et la qualité constituent les trois principaux aspects sous lesquels sont considérés les services.

L'accessibilité. Toutes les familles québécoises, selon leur lieu de résidence, leur niveau socio-économique et leur niveau d'éducation, n'ont pas le même accès aux services de santé. «Certaines sont plus égales que d'autres» serions-nous portés à penser! L'exemple théorique d'une femme âgée, d'origine étrangère se présentant à l'urgence d'un établissement en région éloignée et nécessitant des soins et des services ultra-spécialisés est sans doute le prototype de la personne la moins bien servie par le système de santé québécois.

Le Conseil loue les intentions mises de l'avant dans le document concernant certaines catégories de personnes (personnes âgées, jeunes, les minorités culturelles, les autochtones), les régions éloignées et certains services spécialisés et ultra-spécialisés. Par exemple, le déracinement du milieu naturel d'une personne, à la suite d'un placement en établissement ou d'une référence dans une région centrale, peut avoir des répercussions négatives sur la stabilité, l'engagement parental, la force et la durabilité des liens de parenté.

La continuité. Le Conseil considère que la continuité des soins et des services est particulièrement névralgique pour les familles. En effet, lorsque les services sont interrompus temporairement ou définitivement, c'est la famille (et souvent les femmes) qui subit les conséquences négatives d'une telle situation.

Les fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation (p. 50) sont des fonctions primordiales. Le Conseil est sensible à la nécessité d'une évaluation adéquate des

besoins en soins et services qui est parfaitement justifiée dans une ère de changements où est prônée la rationalisation des ressources.

Le plan de services individualisés (p. 51) est une mesure qui s'impose à un réseau qui souhaite concrétiser la continuité des soins. Il est d'autant plus important lorsque la personne concernée reçoit des services de plus d'un établissement ou bénéficie de plusieurs programmes, et ce, durant une longue période. La personne elle-même ainsi que son entourage sauront à quoi s'attendre et, par conséquent, ils seront sécurisés, élément non négligeable dans un processus de réhabilitation ou de guérison.

La qualité des soins et des services (p. 52). Cet aspect nous ramène directement à la personne, à la personnalisation des services, à leur souplesse, à leur adaptabilité. Il suppose que les bénéficiaires puissent, dans la mesure du possible, participer à l'orientation des services et à leur évaluation, aidés de leur famille et des comités de bénéficiaires.

Le droit à la dignité, l'intimité et l'intégrité physique (p. 53) s'impose de lui-même, mais la réalité nous apprend qu'il n'en est pas toujours ainsi. Le document reconnaît l'existence de pratiques dévalorisantes encouragées par certains types d'hébergement. Ainsi, un conjoint hospitalisé en soins prolongés peut voir ses liens familiaux et conjugaux s'effriter uniquement pour des raisons d'organisation matérielle (horaire des repas, des visites, partage de l'espace vital, etc.,). Le Conseil est persuadé que des aménagements simples pourront être trouvés pour éviter ce genre de situation; l'esprit du document qui favorise les initiatives du milieu pourront sans doute contribuer à l'instauration de changements des mentalités et des attitudes.

Le document présente une perspective nouvelle en terme de service: **les organisations de soins intégrés de santé (OSIS)** (pp. 51 et 52) . Le Conseil considère qu'il est difficile à cette étape-ci de l'expérimentation québécoise de ce type de services, de voir en quoi les OSIS seront vraiment supérieures au système en place actuellement (polyclinique ou CLSC) pour les familles.

Les objectifs mis de l'avant par cette nouvelle forme de services tels la prévention, l'intégration des services, l'accès à des services actuellement non assurés semblent très positifs au Conseil et il encourage la mise en place de nouveaux modèles de services, à la condition qu'on en évalue les répercussions sur les personnes et les familles.

À la page 54, le document fait mention du **droit à la protection** et des **besoins particuliers de protection** de personnes qualifiées de vulnérables:

- les jeunes violents ou en difficulté,
- les malades mentaux,
- les personnes handicapées,
- les personnes incapables de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs biens,
- les personnes âgées.

Le Conseil aura toujours un souci particulier pour celles-ci, compte tenu de leur vulnérabilité et des répercussions que leur état ou leur situation peuvent avoir sur les familles auxquelles elles appartiennent; elles ont particulièrement besoin d'aide et sont en droit de l'exiger de l'État et de la communauté. Le Conseil entend être attentif à ce besoin de protection des familles et a déjà inclus à son programme d'activités des thèmes reliés à ces clientèles.

Une des manifestations du développement scientifique que constitue **l'acharnement thérapeutique** (p. 59), nous surprend et nous dépasse parfois; en effet, les nombreuses découvertes technologiques des dernières années devraient nous inciter à continuer la réflexion amorcée à ce stade ultime de la vie. Le Conseil souhaite que se poursuivent la sensibilisation et la formation des travailleurs de la santé dans le but de soutenir les familles aux prises avec cette délicate question qui ne se limite pas qu'à des considérations médicales puisque les valeurs, les croyances religieuses et la morale interviennent forcément dans ces moments difficiles.

Une autre question reliée à l'avancement de la science est celle des **nouvelles technologies de reproduction (p. 59)**. Il est rassurant de constater que cette question est traitée en tenant compte d'éléments plus humains que la simple technologie, à savoir, la maternité, la parentalité, les répercussions sur la famille et la santé des femmes, de même que les changements sociaux. La situation des enfants nés de ces technologies et le rôle des pères devraient aussi être considérés.

Comme cette question soulève de nombreuses implications, le Québec doit se doter en priorité d'un cadre, voire d'une politique, sur cette délicate question, s'il ne veut pas prendre du retard relativement à la réflexion internationale sur le sujet. Préalablement à la poursuite des recherches dans ce secteur, le Conseil croit qu'il serait raisonnable qu'un certain nombre de sujets soient mieux définis. Soucieux que le Gouvernement soutienne et complète l'effort des familles, il considère que les sujets suivants devraient être étudiés:

- les causes et la prévention de l'infertilité,
- les conséquences et les coûts de la stérilité volontaire,
- l'affirmation sociale et le désir d'enfant,
- les autres options à la venue d'enfants (adoption, famille d'accueil, etc.).

L'attention du Conseil a été attirée par la préoccupation relative à **la prévention de l'infertilité**. Le Conseil est d'accord, comme il l'a déjà exprimé au paragraphe précédent, pour que soient consenties des énergies dans ce dossier. Comme le document ministériel l'expose, il est plus rationnel de travailler «en amont» d'un problème que de s'y intéresser lorsque la situation est déjà détériorée.

3. LES RESSOURCES HUMAINES

(document ministériel, page 63 et suivantes)

Afin que la primauté de la personne soit la pierre angulaire de cette réforme, il faudra que le personnel, qui justement répond directement à la clientèle, soit à la hauteur de la tâche. Il devra donc être qualifié, en nombre suffisant et préoccupé des aspects humains de sa tâche. La gestion des ressources humaines représente

un grand défi pour le secteur de la santé et des services sociaux. Il faut souhaiter que le haut degré de compétence nécessité par la multiplicité et la complexité de la tâche à accomplir fasse en sorte que les besoins des personnes et, par conséquent, des familles, ne soient pas négligés au profit des intérêts corporatistes et des performances administratives.

Les médecins, omnipraticiens et spécialistes (p. 65). La qualité et la quantité des services disponibles aux familles sont fonction d'un équilibre entre le nombre d'omnipraticiens et celui des spécialistes tout comme la répartition entre les diverses spécialités. Cette question prend toute son acuité en régions éloignées; le M.S.S.S. a décidé (à juste titre) qu'une répartition adéquate des services serait une priorité car, dans le cas contraire, ce sont les familles démunies qui risquent d'en souffrir le plus.

À cause de la place prépondérante qu'occupent les médecins et de la portion importante des budgets consacrés à leur rémunération, le Conseil souhaite que le profil de pratique médicale de même que les modes de rémunération soient pensés de manière à répondre aux besoins des familles et des personnes.

Les médecins sont des partenaires dont il ne faut pas sous-estimer l'influence dans le processus de la réforme; en effet, le succès de celle-ci dépend en grande partie de leur degré d'adhésion aux propositions du document.

Le personnel infirmier (p. 67). La question des difficiles conditions de travail du personnel infirmier n'est pas sans inquiéter le Conseil. Deux points de vue sont ici à considérer:

1) d'abord, celui du *prestataire de services* qui reconnaît que le maintien de la qualité des services infirmiers passe par un minimum de reconnaissance professionnelle et salariale;
2) ensuite, celui des *infirmiers et infirmières eux-mêmes* qui vivent des conditions de travail difficilement conciliables avec une vie de famille où les enfants sont en bas âge (horaires variés, travail sur appel, statut temporaire, etc.,)[6].

Si les choses ne s'améliorent pas, la présence et la continuité des soins auprès des personnes et des familles seront directement affectées. Ce dernier commentaire, s'il a trait au personnel infirmier, peut aussi bien s'appliquer à tout le personnel soignant qu'au personnel de soutien oeuvrant auprès des bénéficiaires.

L'organisation du travail (p. 71) a subi de grands changements au cours des dernières années. L'accentuation de la division du travail, la multiplicité et la rigidité des conventions collectives, la réglementation professionnelle qui entraîne le cloisonnement des tâches, sont quelques-uns des problèmes de relation de travail relevés par le document. L'organisation du travail dictée par les conventions collectives et les contraintes budgétaires influencent directement la qualité et la quantité des services aux bénéficiaires.

Le Conseil encourage le fait que l'ensemble du personnel du réseau reçoive une formation sur les réalités familiales actuelles et que cela soit pris en considération dans les charges de travail par les employeurs et par les associations d'employés dans l'optique de mieux répondre aux bénéficiaires.

4. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
(document ministériel, page 79 et suivantes)

Dans ce chapitre, les organismes communautaires sont considérés comme des **relais essentiels** entre la collectivité et le réseau public.

La réinsertion sociale, le maintien à domicile et les femmes violentées sont reconnus comme des secteurs où de tels organismes excellent et le Ministère entend leur apporter une aide financière en conséquence.

Il sera toujours difficile de garder un équilibre entre l'engagement de l'État et la participation des citoyens dans la prestation des services. Bien que chacun comprenne que l'époque de «l'Etat providence» est bien révolue, on ne doit pas remettre toutes les responsabilités entre les mains de la communauté. Le Conseil est partisan d'un véritable partenariat entre le Gouvernement et les organismes communautaires où les deux entités agiraient véritablement en étroite collaboration.

Si l'État reconnaît l'importance de la contribution des organismes communautaires et la nécessité de les financer, il doit être particulièrement sensible aux demandes des organismes qui s'occupent de clientèles vulnérables dans les trois secteurs stratégiques annoncés ci-dessus. Ceux-ci sont des secteurs où les familles sont directement visées et où les problèmes prennent souvent des dimensions alarmantes du fait de leur parenté avec d'autres problèmes sociaux tels la pauvreté, la délinquance, le chômage.

Le Conseil refuse de voir se perpétuer une situation difficile vécue par bon nombre d'organismes qui s'occupent des familles et de leurs membres les plus démunis.

La reconnaissance de financement des organismes communautaires (p. 82) est une question qui a fait l'objet de nombreuses demandes de la part des organismes, depuis longtemps. Certaines mesures proposées tentent d'améliorer la situation; la planification triennale des dépenses et du financement de ces organismes en est une. Cette façon de faire évitera la précarité dans laquelle vivent plusieurs groupes bénévoles. Il faudra aussi trouver des mécanismes souples qui permettent à ces derniers de venir en aide à certaines clientèles marginalisées ou dont la prise en charge n'est pas prévue par le réseau, lesquelles trouvent d'abord (lorsque le problème surgit) et presque uniquement soutien et réconfort auprès d'eux; on pense ici, entre autres, aux femmes violentées, aux ex-patients psychiatriques, aux sans-abri, aux victimes du sida.

Le Conseil préconise par ailleurs que le Gouvernement subventionne les regroupements d'organismes familiaux et ceux qui ont un rayonnement provincial, lesquels pourront représenter les intérêts de leurs membres, effectuer de la concertation, du développement et de la formation chacun dans leur milieu et dans leur champ d'intérêt; les organismes régionaux et locaux

ont besoin d'un appui dans les domaines de la recherche, de l'expertise et de l'information politique pour bien remplir leur rôle.

5. LES ÉTABLISSEMENTS

(document ministériel, page 87 et suivantes)

La réforme témoigne de **l'évolution du réseau public** qui s'est effectuée au cours des dernières années. Elle tient compte entre autres, de la frontière parfois ténue entre le médical et le social. Il sera donc question d'intégration de services, de regroupement de conseils d'administration et de participation de la population. Sans avoir le même statut, des partenaires tels les organismes communautaires et les praticiens privés seront désormais considérés et valorisés à leur juste valeur pour le plus grand bien de la population.

Les C.L.S.C. Depuis leurs débuts, les C.L.S.C. ont offert une multitude de services, ce qui n'a pas contribué à former une image précise de leur mission dans le public. Désormais, à la suite du rapport Brunet, ils offriront des services médicaux, infirmiers et psychosociaux courants, des services à domicile et des services pour les groupes à risque.

La proposition à l'effet de prolonger les heures et les jours de consultation dans les C.L.S.C. répond à un véritable besoin des familles, où les deux parents travaillant sont souvent soumis à des horaires fixes.

Parmi les programmes offerts par les C.L.S.C., le maintien à domicile joue un rôle irremplaçable et son développement répond véritablement à un service d'avenir. Pour certaines catégories de bénéficiaires, ils éviteront la création d'infrastructures lourdes (personnes âgées, handicapés). Pour d'autres, ces services agiront tant en prévention primaire que secondaire; en effet, ils pourront éviter, par exemple, le placement d'enfants, de personnes malades ou âgées en allégeant la tâche des familles ou encore, en dépistant les problèmes à leur source.

En ce qui a trait aux **services auprès des enfants et des familles à risque (p. 91) et auprès des jeunes en difficulté**, l'intervention portera sur les problèmes de

– développement socio-affectif,
– d'apprentissage au rôle parental,
– de santé de l'enfant et des parents.

Il s'agit de dépister, d'offrir des services afin que les personnes et les familles se prennent en charge et soient orientées vers le réseau public et la communauté (pp. 91 et 92).

La prise en charge de ces clientèles par les C.L.S.C. constitue un point positif et partage en cela la préoccupation du Conseil relativement aux membres les plus vulnérables des familles. Le Conseil est aussi d'avis que ce ne sont pas les grandes structures qui répondent toujours le plus adéquatement aux situations difficiles vécues par les enfants et leur famille.

L'apprentissage au rôle parental est quasi absent dans notre société. L'État et les organismes de la communauté devront soutenir les efforts de valorisation et de reconnaissance du premier rôle social, celui d'être parents. D'ailleurs, certaines expériences menées entre autres, par des groupes d'entraide ont démontré que le renforcement du rôle parental a des effets positifs sur le développement des enfants.

Lorsque la capacité parentale a été altérée ou que la relation parent-enfant est carencée ou brisée, il faut consacrer des énergies afin de soutenir les membres de la famille qui subissent des situations difficiles et reconstruire les liens familiaux.

Il est aussi prévu que des **services de santé mentale** seront offerts par les C.L.S.C. en association avec d'autres partenaires du réseau comme les centres hospitaliers, notamment pour les malades chroniques. Le Conseil ne peut que se réjouir de l'implication des C.L.S.C. dans cette problématique; la légendaire marginalisation de la clientèle aux prises avec cette maladie aura peut-être ainsi des chances de s'atténuer, en n'étant plus associée aux grands établissements spécialisés de type asilaire.

Chaque C.L.S.C. pourra implanter des **services destinés à un groupe à risque** (p. 92); voilà une belle occasion de mettre sur pied des services de prévention; ce sont en effet des interventions précoces qui peuvent fournir l'occasion d'accompagner des personnes ou d'en dépister certaines autres lors des moments intenses du cycle de vie des familles, tels la naissance des enfants, la rupture d'union, le deuil, la maladie, les accidents, l'entrée à l'école, la retraite ...

Le Conseil croit que les C.L.S.C. peuvent agir efficacement, puisque leur mandat est d'agir en première instance et en prévention. Par contre, le Conseil craint que le regroupement des conseils d'administration n'offre pas de garanties suffisantes relativement à la consolidation du volet social des C.L.S.C., dû à leur taille et à leur importance si on les compare, par exemple, aux grands centres hospitaliers.

Il apparaît que les C.L.S.C., dont le statut est en quelque sorte confirmé et revalorisé par le document, auraient pu être davantage confirmés dans un rôle de «promoteurs» des services sociaux, et ce, malgré le fait que le cadre de partage entre les C.S.S. et les C.L.S.C. n'ait pas connu le même succès partout (la région 06A n'ayant pas actualisé ce partage).

Les services de consultations externes devront faire l'objet d'une redistribution de clientèle entre les centres hospitaliers, les cabinets privés et les C.L.S.C. (p. 93). Dans certaines régions ou sous-régions, les C.L.S.C. pourraient en effet offrir des services ambulatoires de «première ligne» actuellement disponibles dans les centres hospitaliers.

De cette façon, il sera possible pour les familles non seulement d'avoir accès aux services médicaux, mais également à une gamme élargie de services familiaux et sociaux. Pour que se concrétise ce «déplacement» de services, des budgets supplémentaires devront être consentis aux nouveaux C.L.S.C.

Les unités de médecine familiale (p. 93) ont joué un rôle important depuis leur création; qu'elles soient dorénavant associées aux C.L.S.C. ne peut qu'améliorer

la qualité des services en étendant à ces établissements le rayonnement universitaire et l'expérimentation d'une réelle approche familiale.

Il serait souhaitable que ces unités, avant tout orientées vers l'enseignement, contribuent à l'intégration des services et à la recherche des véritables causes des problèmes sociaux et de santé, et que les organismes familiaux y soient associés.

Les Centres de Services sociaux continueront d'occuper le champ des services à l'enfance et à la jeunesse (p. 93); les professionnels des C.S.S. et des C.L.S.C. qui assurent les services à cette clientèle ne doivent pas perdre de vue son appartenance familiale: la plupart y vivent encore ou y retourneront, d'où la nécessité d'agir sur l'ensemble des membres de la famille et de miser sur leur solidarité.

Des services **d'urgence sociale** efficaces peuvent éviter la dégradation de certaines situations et par conséquent amenuiser des coûts sociaux, humains et financiers importants. Ils sont cependant peu connus du public.

Parmi les **services à la clientèle particulière**, le Conseil veut attirer l'attention sur les **services de médiation familiale** (p. 94). À cet effet, le Conseil a recommandé dans son avis du mois d'avril 1989, que des services de médiation familiale publics et gratuits soient disponibles dans toutes les régions du Québec; ces services devraient relever des C.S.S. et être dispensés par des travailleurs sociaux ou des psychologues, qui s'adjoindraient les services de professionnels compétents en matière juridique et financière.

Les services privés pourraient être maintenus à la condition d'adopter le même modèle que les services publics, à l'exception de la gratuité des services.

Aux **conseils d'administration**, la participation de la population sera désormais favorisée (p. 100). Il est prévu que les citoyens y occuperont la totalité des sièges. Ils **répondront désormais de l'administration de plus d'un établissement sur un même territoire** (pp. 100 et 101).

Si davantage de place est accordée à la population, il y a plus de chance que les familles s'engagent dans l'organisation des services de santé et de services sociaux; les rédacteurs ont, de cette façon, voulu que les citoyens expriment leurs intérêts propres.

Par ailleurs, pour assurer le point de vue familial et faire valoir l'aspect intégrateur de la dimension familiale, le Conseil considère essentiel que des représentants d'associations familiales siègent au conseil d'administration regroupé de chaque territoire de C.L.S.C. et de chaque territoire de C.S.S.; il suggère que le quart des administrateurs provienne d'associations familiales.

La rationalisation apportée à la composition des conseils d'administration est fort appréciable. Ainsi unifiés, ils seront un outil important et prometteur dans la difficile intégration des services tant réclamée depuis longtemps. Mais le regroupement des établissements nécessitera beaucoup de souplesse lors de l'implantation de cette mesure; souhaitons que, de cette façon, une véritable concertation s'installe entre les établissements d'un même territoire, que l'on évite la duplication des services et agisse davantage en complémentarité qu'en concurrence.

Le choix des membres sera plus sélectif compte tenu de la diminution drastique du nombre de conseils (de 700 à 200). Par contre, leur tâche sera plus complexe (gestion d'établissements à vocation différente et complémentaire) et l'absence de professionnels du domaine nécessitera certains ajustements.

Un danger serait celui de placer en priorité les problèmes des établissements plus importants (en terme de clientèles et de budget) au détriment des autres; par exemple, les problèmes d'urgence d'un grand hôpital alimenteront sans doute davantage les discussions d'un conseil d'administration qu'une demande de services de physiothérapie et d'ergothérapie d'un centre d'hébergement et de soins prolongés, ou encore le développement de services de consultations familiales et conjugales d'un C.L.S.C.

6. LES RÉGIES RÉGIONALES

(document ministériel, page 105 et suivantes)

Les régies régionales sont présentées comme devant incarner la décentralisation mise de l'avant par la réforme. Ces entités administratives auront plus de pouvoirs et de responsabilités que les actuels conseils régionaux.

Cette décentralisation, telle que conçue par les auteurs du document *Orientations*, est indissociable de la participation des citoyens et de l'imputabilité des décisions prises et des gestes posés.

En résumé, les attributions des régies seront les suivantes:

- la promotion de la participation de la population et la protection des droits des usagers;
- la programmation des services de santé et des services sociaux;
- l'allocation des budgets aux établissements et aux organismes communautaires;
- la coordination et la concertation des établissements, des professionnels et des organismes communautaires;
- le contrôle budgétaire des établissements et des organismes communautaires ainsi que l'évaluation des programmes.

Il est donc permis de croire que la population, les gens ordinaires, auront davantage voix au chapitre dans la gestion des services de santé et de services sociaux; organisés de cette façon, les services pourront être plus adaptés aux réalités régionales, aux groupes, aux familles et aux individus.

On peut donc espérer que les familles pourront s'exprimer et faire valoir leurs besoins. Ce nouveau mode de gestion n'est cependant pas aisé d'application. Participer d'aussi près à la gestion n'est pas chose facile et peut être dérangeant à plusieurs égards.

La centralisation des services a ses inconvénients; la décentralisation ne sera pas sans problèmes. L'animation de la population ne sera pas spontanée, il faudra pratiquement former les gens à être actifs et participatifs dans leur milieu. Mais une telle démarche représente tant d'avantages qu'elle se doit de connaître le succès.

Les collèges électoraux (p. 111) sont l'instance supérieure au niveau régional. Leurs principales tâches sont d'élire les administrateurs des régies, d'approuver les priorités régionales et d'adopter le rapport annuel.

Ils peuvent compter entre 54 et 112 personnes selon les régions et ils sont formés de membres des conseils d'administration des établissements (50% des sièges), de représentants d'organismes communautaires (25% des sièges), d'élus, de représentants des secteurs associés à la santé et aux services sociaux et de représentants des groupes socio-économiques (25% des sièges). Les établissements privés conventionnés y comptent également des représentants.

Le ministère (p. 113), qui constitue l'unité centrale, se réserve quant à lui le choix des orientations, l'élaboration des politiques et l'évaluation des programmes; la coordination interrégionale et le contrôle budgétaire; la gestion des mandats centralisés; la négociation des conventions collectives et la protection de la santé publique.

7. LE FINANCEMENT ET L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

(document ministériel, page 115 et suivantes)

Le choix social en relation avec le financement des diverses composantes du système de la santé et des services sociaux date déjà de plusieurs années; si, en tant qu'individu et en tant que société, nous en bénéficions tous, nous devons veiller à ce que les budgets ne s'accroissent pas indéfiniment. La rationalisation des services ainsi que la réaffectation des ressources s'imposent et cette réforme poursuit cet objectif. Le Conseil y souscrit à la condition que les besoins de la population et des familles en particulier ne soient pas détournés au profit des structures.

Déterminer le niveau de financement public des services, qui représente 30% des dépenses totales de l'État, relève d'une décision politique bien plus que technique. Les auteurs de la réforme ont voulu préserver le principe d'équité: ainsi, les services rendus ne sont aucunement fonction des ressources personnelles des citoyens.

L'équité que procure le financement public des services de santé et de services sociaux est indéniable et sert particulièrement les familles démunies, les personnes vulnérables médicalement ou socialement.

Le Conseil souscrit à ce choix social mais il est conscient des embûches que cela représente et des limites qui doivent être imposées.

Il est prévu de consacrer **la marge de manoeuvre** aux dossiers suivants:

- la santé mentale;
- les services à domicile;
- la lutte au sida;
- les urgences des hôpitaux;
- le développement et la prévention de la santé;
- la recherche d'une plus grande équité sociale (p. 118).

Le Conseil croit que le fait de consacrer la marge de manoeuvre à ces problèmes est une bonne chose en soi; cependant, le Conseil est d'avis que l'aspect social devrait y trouver davantage écho, notamment l'impact social de certains problèmes de santé pourrait être étudié dans une perspective globale de bien-être.

Le ticket modérateur (p. 120) ne sera pas retenu par les réformateurs. Le Conseil est aussi d'avis qu'on ne doive pas avoir recours à ce procédé; ce sont surtout les familles à faibles revenus qui seraient les plus touchées.

Pour améliorer **l'efficience du système** (p. 121), le document propose une gestion d'abord orientée vers la réduction des problèmes de santé et des problèmes sociaux. Pour ce faire, il annonce une série de mesures qui auront des répercussions positives sur l'administration du réseau. Il loue particulièrement les mesures qui invitent à la créativité et à l'excellence de même que celles qui ont trait au financement du logement des personnes âgées; ainsi les auteurs suggèrent des mesures pour mieux venir en aide à ceux qui hébergent des personnes âgées, membres de leur famille (p. 122). Ils proposent aussi d'apporter une aide financière aux propriétaires (personnes âgées ou leur entourage) dont l'habitation doit être rénovée dans le but de loger des personnes âgées (p. 122). Ces mesures concrètes, tout en décourageant le recours à des superstructures, renforcent les liens familiaux et encouragent la continuité de la vie familiale.

Le document annonce une opération qui tente de **régionaliser progressivement** mais ultimement l'ensemble des programmes. Le Conseil est en accord avec la montée de la régionalisation en autant que la population participe vraiment à l'ensemble du processus, de la planification au financement sans oublier l'évaluation.

Il est aussi prévu de **réorienter chaque année vers les régions moins favorisées sous forme de péréquation, une fraction de 5% des indexations et des ajustements mécaniques**. Le Conseil encourage une telle mesure. La position défavorisée des régions éloignées n'est plus à démontrer et cette mesure contribuera à un plus grand équilibre et à une meilleure accessibilité aux services.

Une mesure importante relative à la **planification triennale** dans la détermination des enveloppes régionales est appréciable; elle évite, en effet, la précarité de certains programmes et de certains projets et le Conseil ne peut qu'y souscrire.

8. LA RECHERCHE

(document ministériel, page 127 et suivantes)

La préoccupation présente au document relativement à la conception globale de la santé et du bien-être se retrouve aussi dans cette partie du document, préoccupation qui convient parfaitement au Conseil de la famille.

Les efforts consentis au chapitre de la **recherche en santé** doivent être poursuivis car les impacts sont susceptibles d'améliorer la qualité de vie des familles.

On doit cependant encourager le nécessaire rattrapage en **recherche sociale** qui pourra apporter un éclairage sur les nombreuses transitions que vivent actuellement les familles. À ce propos, le Conseil entend prendre des initiatives. Il a déjà pris contact avec le Conseil québécois de la recherche sociale pour lui faire part des dossiers prioritaires qu'il veut mettre de l'avant au cours des prochaines années.

Il entend aussi établir des contacts avec un certain nombre de facultés universitaires susceptibles d'intéresser leurs chercheurs et leurs étudiants aux questions relatives à la famille et dont les travaux pourront servir de base de réflexion au Conseil.

De plus, il étudie présentement la possibilité d'associer tant le milieu universitaire que le milieu professionnel à la création éventuelle d'un Institut de recherche québécois consacré aux questions familiales.

Le document identifie un certain nombre de **domaines prioritaires** qui sont les suivants:

- dénatalité;
- émergence de nouveaux modèles familiaux;
- vieillissement accéléré de la population;
- transformation du marché du travail et de la main-d'oeuvre;
- nombre croissant d'emplois temporaires;
- augmentation de la main-d'oeuvre féminine;
- arrivée de nouvelles technologies (p. 131).

Le Conseil souscrit à la plupart des thèmes identifiés; mais il voudrait les voir analysés d'un point de vue familial; il attache une importance particulière à l'étude de l'émergence de nouveaux modèles familiaux et à celle de la transformation du marché du travail et de la main-d'oeuvre (les aménagements possibles et les contraintes).

Il désire cependant que **d'autres sujets** soient ajoutés à ceux qui sont déjà identifiés: ainsi,

- l'évolution de la valeur enfant dans notre société;
- l'engagement parental au-delà de la rupture d'union des parents;
- la nouvelle condition masculine et la paternité;
- le rôle des médias et le phénomène de la violence: a-t-il pour effet d'inciter à la violence (mimésis) ou a-t-il pour effet de libérer des passions violentes (catharsis)?;
- les contraintes rencontrées par les jeunes (25-30 ans) dans leur projet de devenir parents;
- les répercussions de la violence chez les enfants témoins ou victimes de violence;
- les enfants et le stress (parents – écoles – médias);
- les transitions vécues par les familles au travers des différents cycles de la vie familiale;
- les diverses formes d'appui aux parents aux étapes cruciales de la vie familiale considérées sous l'angle préventif (aide domestique, services de garde élargie, groupes d'entraide, consultation familiale, médiation familiale, etc.,);
- la famille face à certaines situations vécues par les adolescents (toxicomanie, décrochage scolaire, grossesse précoce, etc.,);
- le suicide d'enfant;
- la prostitution juvénile;
- l'impact d'une intervention du C.S.S. ou de la D.P.J. sur les enfants et sur l'équilibre familial (placement des enfants, listes d'attente, manque de familles d'accueil, etc.,).

En résumé, le Conseil veut donc que l'accent soit mis sur les phénomènes reliés aux responsabilités parentales, aux enfants et aux jeunes, qui constituent le capital humain de la société à venir et la raison d'être de la politique familiale.

Il préconise que la recherche soit celle qui favorise la recherche-action parce que l'évolution rapide de la société fait en sorte que les familles attendent des solutions immédiates aux problèmes qu'elles vivent.

Cette recherche devrait éclairer également les conditions requises pour que se développe le partenariat avec les familles, et si possible, en collaboration avec les familles elles-mêmes.

Chapitre II

Le conseil relève certaines questions qui ont des incidences sur les familles

Après avoir situé la réforme proposée, analysé son contenu et tenté d'une certaine façon de s'approprier le texte en le scrutant grâce aux critères familiaux, le Conseil considère être arrivé maintenant à l'étape de regrouper ses commentaires à partir de ce qu'il croit être primordial pour l'avenir des familles québécoises. Certaines questions relevées dans ce chapitre suggèrent des ajustements ou des orientations différentes tandis que d'autres sont porteuses d'espoir.

C'est pourquoi, le Conseil a aussi formulé des recommandations relatives à chacune des questions étudiées; il a été guidé en cela par sa préoccupation de voir cette réforme devenir un instrument signifiant qui contribuera à soutenir les familles québécoises dans leurs responsabilités auprès de leurs membres.

1. TROIS DOCUMENTS GOUVERNEMENTAUX EN PARALLÈLE...

En moins de deux ans, trois documents gouvernementaux ont suscité de grandes attentes auprès des familles et des principaux milieux en cause. Les deux premiers sont des documents en vigueur, alors que le troisième contient un projet de réforme.

D'abord en décembre 1987, le Conseil des ministres définit les orientations de la politique familiale du Québec par la publication d'un *Énoncé*[1], qui avait été précédé d'une vaste opération de consultation au cours des années 1984-1986; le Gouvernement reconnaît ainsi qu'un soutien collectif s'impose auprès des parents et qu'il entend traduire cette réalité dans toutes ses politiques.

Vient ensuite le *Plan d'action* en matière de politique familiale[2] rendu public en septembre 1989 par le Gouvernement; il concrétise dans un grand nombre de secteurs certaines activités nouvelles en faveur des familles, mettant ainsi plusieurs ministères à contribution.

Entre-temps, la titulaire d'alors du ministère de la Santé et des Services sociaux présente les *Orientations*[3] qui doivent guider la réforme de ce secteur.

De son côté, *l'Énoncé de politique familiale* est indéniablement porteur d'espoir; la participation de plusieurs secteurs d'activités est clairement requise particulièrement celui de la santé et des services sociaux.

Le *Plan d'action* qui doit concrétiser cet engagement des ministères prévoit entre autres, «de réviser les programmes d'intervention afin d'accroître l'approche familiale» (cf. mesure 13, chap. 4 consacré au secteur de la santé et des services sociaux).

Or, dans le document ministériel *Orientations* la vision familiale est éludée. C'est plutôt l'approche individuelle qui est favorisée relativement à plusieurs aspects des services, comme les plans de services individualisés et les modes d'intervention souples et personnalisés. Ainsi, les réformateurs veulent sans doute réagir à l'anonymat de certains services dispensés par le réseau, phénomène déploré par bon nombre d'utilisateurs, mais il faut se rendre compte qu'on néglige souvent de cette façon l'approche familiale.

De l'avis du Conseil, l'approche individuelle ne s'oppose pas à l'approche familiale lorsque l'objectif est de soutenir adéquatement la personne de façon à ce que non seulement elle n'engendre pas de problèmes pour son entourage mais qu'elle joue un rôle actif et positif au sein de sa famille. Il sera toujours important de se rappeler que la plupart des personnes font partie d'une famille, malgré le fait qu'elle ne puisse pas toujours répondre adéquatement à tous les besoins.

Par ailleurs, il aurait été important de considérer la famille comme le premier milieu de vie et de croissance des personnes et de miser sur son potentiel et sa dynamique interne. Plusieurs problèmes de comportements sociaux ou de santé n'ont-ils pas leur source dans les difficultés vécues dans le milieu familial qui n'a souvent besoin que d'une aide préventive pour trouver ses propres réponses?

À ce propos, le Conseil suggère que les étapes légales et administratives à venir de la réforme témoignent davantage d'une préoccupation à l'égard des familles; concrètement, le Conseil souhaite que la notion de famille soit intégrée tant dans les stratégies fondamentales qu'aux objectifs de ce document (p. 18 et suivantes).

En ce sens, le Conseil suggère la formulation d'un objectif intégrateur qui précèderait les objectifs de résultat déjà formulés dans le document, et qui se lirait comme suit:

«Favoriser le développement de l'approche familiale dans chacun des secteurs et à chaque niveau d'intervention et de responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau.»

Ainsi, le Conseil ne peut que constater un manque évident de concordance entre ces documents. La déception est grande. Il craint aussi que la mobilisation et la participation des organismes familiaux soient compromises et que les parents n'y trouvent pas les réponses à leurs attentes.

LE CONSEIL DE LA FAMILLE RECOMMANDE DONC:

1. QUE le M.S.S.S. et son réseau développent, dans les étapes subséquentes de la réforme, l'approche familiale en révisant, en conséquence, leurs programmes d'intervention, tel que le prévoit la mesure 13 du Plan d'action[4].
2. QUE dans chaque régie régionale soient créés une commission administrative de la politique familiale, de même qu'un poste de responsable de son développement.
3. QUE soit prévu dans chaque établissement du réseau un poste de répondant à la politique familiale.

2. DÉCENTRALISATION, RÉGIONALISATION, DÉMOCRATISATION... AU-DELÀ DES MOTS

La volonté ferme de décentraliser une partie de la gestion du réseau et par le fait même de renforcer la régionalisation s'imposait, et elle suit en cela un courant mondial. Le Conseil souscrit à ce mouvement aux conditions expresses que la population ait voix au chapitre et qu'elle ait accès à des services davantage adaptés à chacune des régions.

Il rappelle, par la même occasion, qu'il faudra être clairvoyant et patient, car toutes les orientations ne se concrétiseront pas avec le même enthousiasme ni la même rigueur. Aussi, les changements prévus, particulièrement au niveau des structures, sont perçus par plusieurs comme «énergivores», sans garantie de retombées facilement identifiables.

Avant tout, si cette décentralisation, comme il est annoncé, vise des transformations fondamentales, elle doit être accompagnée de changements d'attitudes et de mentalités qui guideront les interventions futures. Le succès de la réforme en dépend.

Dans le document *Orientations*, la population est interpellée très précisément et fortement, que ce soit pour participer à la gestion du réseau au moyen des divers conseils d'administration locaux et régionaux ou encore pour prendre le relais en ce qui a trait à certaines clientèles. La population et par conséquent les familles veulent participer à ce processus; cependant, pour le faire, il faut qu'elles soient habilitées, soutenues et suffisamment représentées aux différents paliers de décision.

À ce propos, le Conseil voudrait faire remarquer qu'il n'est pas prévu explicitement que les familles et les organismes familiaux fassent partie de la structure officielle proposée au niveau local et régional.

C'est du moins ce que nous apprennent les articles 49 et 50 du projet de loi, qui ont trait à la formation des conseils d'administration de chaque territoire de centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et de chaque territoire de centres de services sociaux (C.S.S.): aucune stipulation n'est prévue à cet effet.

Quant aux articles 260 et 278, ils prévoient de faire participer au moins les représentants d'organismes communautaires mais sans préciser lesquels; en effet, l'article 260 relatif à la formation d'un conseil d'administration d'une régie régionale prévoit l'élection de «deux personnes provenant d'organismes communautaires» et l'article 278 (2) qui institue, dans chaque région, un conseil d'administration d'un collège électoral régional propose qu'il y ait «un quart des personnes élues par les organismes communautaires de la région [...]».

Il n'est pas interdit de penser que certains membres d'organismes familiaux pourraient être nommés ou élus par une instance ou l'autre, mais aucune assurance directe ne leur est donnée de pouvoir participer à la gestion du réseau.

Il est impératif que les familles soient représentées au sein des conseils d'administration afin que ces derniers deviennent véritablement des lieux où les parents pourront veiller au développement de l'approche familiale. Ainsi les membres des familles auront plus de chance de recevoir des services adaptés à leur situation.

En ce qui a trait à la proposition de diminuer de façon importante le nombre de conseils d'administration par regroupement administratif ou fusion légale, le Conseil souhaite que les milieux participent à ces décisions. S'il faut reconnaître que dorénavant les citoyens y occuperont la totalité des sièges, il n'en demeure pas moins, en nombre absolu, que la participation de la population ne sera pas beaucoup plus grande. Il faudra donc faire en sorte que cette volonté de démocratiser le réseau, présente dans le document ministériel, ne soit pas battue en brèche par cette mesure de rationalisation.

LE CONSEIL DE LA FAMILLE RECOMMANDE DONC:

4. QUE le quart des sièges soit réservé aux représentants d'organismes familiaux à chaque conseil d'administration des niveaux local et régional.
5. QUE le Gouvernement offre un soutien didactique et financier afin d'optimiser l'implication des personnes qui siègeront aux diverses instances sur les plans local et régional, notamment pour les bénévoles, dans la perspective où il favorise la participation de la population tant à la gestion qu'à la prestation des services.

3. UN PARTENARIAT ÉQUILIBRÉ...

Le Gouvernement propose dans cette réforme de répondre différemment à certains types de besoins de la population, par l'actualisation d'une série de services autres que la mise en place de superstructures. C'est ainsi que pour assurer certains services relatifs aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes présentant des déficiences ou souffrant de maladie mentale, entre autres, le document *Orientations* fait appel au réseau naturel.

Le Conseil comprend et endosse une telle orientation qui sollicite de façon non exclusive mais prépondérante la collaboration des familles (et des femmes dans bien des cas). Toutefois, il y pose deux conditions: d'abord, une «appréciation réaliste» de la capacité du réseau naturel devrait être faite, tel que le suggère le Rapport Rochon[5]; la seconde condition, tout aussi importante, est à l'effet que les milieux naturels, pour accomplir ce que l'on attend d'eux, doivent être orientés et soutenus adéquatement par les services publics[6]. En somme, un véritable partenariat doit s'installer sans pour autant que l'accès aux services soit entravé ni que leur qualité soit altérée.

Les services à domicile sont un exemple et une occasion de voir appliqué concrètement ce partenariat. Ils apparaissent au Conseil comme une solution éminemment rationnelle, efficace et séduisante à plus d'un égard. Mais encore faut-il qu'ils correspondent réellement aux besoins des bénéficiaires. Ces services peuvent résoudre bon nombre de problèmes vécus par exemple, par les familles avec de jeunes enfants et par les personnes âgées. Ils permettent des interventions qui se rapportent non seulement aux situations actuelles mais également ils pourront rendre possible des actions préventives.

Le Conseil encourage le développement accéléré de ce type de services par les centres locaux de services communautaires; aussi, il souhaite que le Gouvernement y consacre les ressources nécessaires sous forme de budgets nouveaux ou de redistributions de ressources.

LE CONSEIL DE LA FAMILLE RECOMMANDE DONC:

6. QUE pour actualiser le partenariat souhaité de part et d'autre, les milieux naturels (familles, amis, voisins) qui s'engagent dans la prestation de services puissent tout au moins compter sur une forme certaine d'aide financière de l'État, de même que sur les services suivants, à savoir, l'évaluation, le suivi, les services de répit, la prise en charge définitive lorsque la situation arrive à un point de non-retour et la formation des aidants naturels.
7. QUE les C.L.S.C. reçoivent les ressources nécessaires afin de poursuivre le développement des services de maintien à domicile pour les personnes dont les besoins correspondent véritablement à ce type de services, et ce, en complémentarité avec les autres services disponibles (centre de jour, centre hospitalier).
8. QUE le développement des services de maintien à domicile ne se fasse pas au détriment des autres clientèles dont sont responsables les C.L.S.C. notamment celles relatives aux enfants et aux familles vulnérables.

4. LES SERVICES SOCIAUX... PARENTS PAUVRES DU SYSTÈME

Un certain consensus social est partagé par plusieurs à l'effet qu'un grand nombre de problèmes de la société actuelle ait pour origine des causes d'ordre social. Cette idée est d'ailleurs présente dans le document *Orientations*: on y fait en quelque sorte la démonstration de la nécessité de développer le secteur social. Par contre, le Conseil observe un certain décalage entre les arguments théoriques du document et ce qui est pratiquement proposé; il s'étonne et s'inquiète de certaines orientations ou encore du silence relatif à certains dossiers qui sont évoqués ici, à titre d'exemple.

- Le regroupement des conseils d'administration par territoire de centres locaux de services communautaires et de centres de services sociaux pourrait favoriser dans certains cas la demande qui ne peut être qu'inflationniste dans le secteur de la santé. Au delà de cette préoccupation, les familles réclament que leurs besoins soient pris en considération de façon globale, incluant tous les aspects de la vie, dans une perspective où les services seront adaptés et intégrés.
- La marge de manoeuvre financière prévue semble encourager des services qui relèvent davantage du secteur santé que du secteur social, à savoir, les urgences des hôpitaux, le sida.
- En cette fin de siècle, la nécessité de la recherche sociale n'est plus à démontrer compte tenu, entre autres, des nombreux phénomènes sociaux en émergence. Le document *Orientations* reconnaît qu'un rattrapage en ce domaine est nécessaire, de même qu'une concertation entre les divers milieux, l'établissement de priorités et un soutien financier approprié. Sur ce dernier point, le Conseil aurait davantage été rassuré si le texte avait été plus précis; ce dernier ne parle en effet que «d'augmenter la part du budget réservé à la recherche sociale» (p. 131).
- Le fait que les services de médiation ne soient qu'évoqués à titre «de services à des clientèles particulières» (p. 94), alors qu'il faudrait régler le contentieux entre le ministère de la Justice et le ministère de la Santé et des Services sociaux; en effet, ce dernier doit définitivement être reconnu comme le maître-d'oeuvre de ces services afin que les familles en instance de rupture aient le soutien nécessaire pour éviter que les situations conflictuelles ne dégénèrent au détriment des enfants, principalement. Les familles se seraient attendues, non seulement à ce qu'une décision soit prise quant à cette question de fond, mais qu'en plus, soient prévus les crédits qu'un tel programme nécessite, ce qui n'a pas été fait.

Afin que le secteur social puisse se développer conformément aux attentes de la population, particulièrement des familles,

LE CONSEIL DE LA FAMILLE RECOMMANDE DONC:

9. QUE le M.S.S.S. prenne les mesures nécessaires afin que les regroupements de Conseil d'administration par territoire de C.L.S.C. et par territoire de C.S.S. soient l'occasion pour chacun des établissements visés de s'affirmer administrativement et financièrement pour que leurs clientèles respectives reçoivent la juste part des services qui leur revient.
10. QUE l'impact social des problèmes de santé trouve davantage écho dans la répartition de la «marge de manoeuvre».
11. QUE la recherche sociale soit accentuée au cours des prochaines années, et qu'elle tienne compte des nombreuses transitions que vivent les familles actuelles.
12. QUE le M.S.S.S. soit définitivement reconnu comme maître d'oeuvre du dossier de la médiation familiale et que l'aspect psychosocial des services s'impose pour le plus grand bien des enfants qui sont impliqués dans les ruptures d'union.

5. LE FINANCEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES RECONNU OFFICIELLEMENT ... MAIS À QUEL PRIX?

Dorénavant, cette question du financement sera inscrite dans la loi concrétisant la réforme des services de santé et des services sociaux (articles 228 à 233 inclusivement). Celle-ci a fait l'objet de nombreuses insatisfactions dans le passé chez les organismes en cause. Évidemment, le Gouvernement et les régies régionales imposeront un certain encadrement dans la façon dont ils attribueront les subventions, ce qui inquiète d'ailleurs les organismes familiaux. L'article 230 prévoit, en effet, que les organismes communautaires ne seront subventionnés, entre autres, que si leurs activités «[...] visent notamment la prestation de services d'aide et de support aux personnes de la région; [...]».

Certes, il faut reconnaître qu'ils peuvent, à l'intérieur de ce cadre, répondre à une grande partie des besoins de leurs membres. Il serait cependant important que le Gouvernement reconnaisse l'ensemble de leurs activités, tout en tenant compte des critères et de normes budgétaires établis.

Le Conseil est aussi d'avis que les organismes familiaux devront pouvoir conserver leur autonomie et ne pas être cantonnés ni orientés dans des services jugés adéquats et utiles du seul point de vue de l'État; ils devront continuer d'offrir des services variés et différents des services professionnels et gouvernementaux.

La proposition d'une planification triennale des dépenses apparaît comme une mesure très positive (p. 84 du document *Orientations*); en effet, cette initiative atténuera d'une certaine façon, l'état de précarité dans lequel se trouvent plusieurs organismes communautaires. Aussi, le Conseil reconnaît louable la mesure relative au financement «des activités répondant à des besoins nouveaux» (article 233); cet article, dont l'application est laissée à la discrétion du Ministre, est susceptible de rendre d'immenses services à des personnes dont les problèmes émergent de façon inattendue comme ce fut le cas au cours des dernières années pour les femmes violentées ou les sidéens; celles-ci trouvent en effet, souvent et presque uniquement soutien et réconfort auprès de ce type d'organismes.

Par contre, l'article 231, qui rend inadmissible un regroupement d'organismes communautaires à une subvention, est déplorée par le Conseil. Dans un même ordre d'idée, il s'interroge sur la signification et la portée de l'article 232 où il est prévu de «[...] subventionner les organismes communautaires, qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la défense des droits et des intérêts [...]».

Enfin, le Conseil souhaite qu'entre le Gouvernement et ces organismes, puisse s'installer un véritable partenariat où ces derniers seraient considérés comme des acteurs essentiels au delà des mots, ce qui signifie de leur attribuer les ressources inhérentes pour être de vrais partenaires.

LE CONSEIL DE LA FAMILLE RECOMMANDE DONC:

13. QUE les organismes familiaux, locaux et régionaux, soient subventionnés par les régies régionales, comme le préconise le document *Orientations*, non seulement en fonction des priorités retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux mais aussi en raison de leurs diverses activités de soutien aux parents.
14. DE subventionner également les regroupements d'organismes familiaux de même que les organismes familiaux ayant un rayonnement d'envergure provinciale, afin qu'ils puissent exercer leur essentiel travail de représentation des intérêts de leurs membres, de concertation, de développement et de formation dans leur champ d'intérêt respectif.

Conclusion

Le Conseil reconnaît que le document ministériel, vu l'ampleur des changements projetés, recèle à plus d'un égard des aspects positifs. Il note d'abord la transparence de la démarche qui prévoit des résultats quantifiables pour chaque objectif et qui donne le ton au document; il remarque de plus la dynamique nouvelle insufflée par la décentralisation et par sa proche parente la régionalisation, de même que l'attribution de l'imputabilité aux gestionnaires locaux et régionaux; aussi, l'essentielle collaboration de d'autres secteurs d'activités pouvant avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des personnes est maintenant reconnue comme élément primordial. Cependant, ces changements éventuels sont de l'ordre des structures alors que les besoins impératifs de réforme s'imposent davantage du côté des mentalités, des attitudes et des pratiques.

EN RÉFÉRENCE À LA CONSULTATION SUR LA POLITIQUE FAMILIALE. Déjà, lors de la consultation à laquelle on s'est référé plus haut, certaines actions avaient été proposées relativement au secteur de la santé et des services sociaux si présent dans la vie des familles. À titre d'exemple, il avait été suggéré dans une perspective de décentralisation, que soient créés, dans chaque conseil régional, une commission administrative de la politique familiale, de même qu'un poste de responsable du programme familial. Or, rien de tel, ni dans le document *Orientations* ni dans le projet de loi n'a été prévu, si ce n'est l'élection de membres provenant d'organismes communautaires (et pas nécessairement familiaux...) aux deux instances régionales, soit les régies et les collèges électoraux.

Dans le rapport de la consultation, il était aussi recommandé que «le Ministère favorise la participation, aux conseils d'administration des établissements et aux conseils régionaux de santé et services sociaux, de parents ou de représentants d'organismes concernés».[1]

Là encore, ces recommandations n'ont pas été suivies: l'implication des organismes familiaux n'est même pas prévue. Ces derniers exemples montrent à quel point, malgré la volonté de faire participer la population à la gestion du réseau, de même qu'à la prestation des services, les parents et leurs représentants n'ont pas la certitude d'y être intégrés facilement.

Les membres du Comité de la consultation avaient aussi un souci en regard de l'importance de la recherche sociale, de la nécessité de la financer adéquatement et de l'orienter dans des thématiques reliées aux problèmes nouveaux vécus par les familles. À ce sujet, le document *Orientations* apparaît au Conseil bien trop timide pour réaliser le virage souhaité.

EN RÉFÉRENCE À L'ÉNONCÉ DE POLITIQUE FAMILIALE. Le Conseil considère que les familles devraient tenir une place de choix dans la réforme projetée et être identifiées comme forces vives dans une optique davantage positive et optimiste. C'est du moins ce que laissait présager l'extrait du document *Orientations* où il est fait mention de la Politique familiale (chapitre 1 du texte ministériel, p. 35). Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas profité de ce grand moment de réflexion et de remise en question pour s'inscrire, ou du moins clairement marquer son adhésion à la politique familiale du gouvernement du Québec telle que promulguée le 3 décembre 1987.

Il est vrai qu'il est difficile de renverser en quelque sorte la vapeur dans un réseau qui est marqué du sceau des problèmes, des conflits, de la maladie. Dans un tel contexte, le Conseil fait valoir que le système devrait mettre davantage à contribution les énergies et le potentiel des familles en favorisant des actions associées au soutien des parents, à la formation et à l'information, le tout dans une optique de prévention.

EN RÉFÉRENCE AUX CRITÈRES DU CONSEIL DE LA FAMILLE. Pour compléter l'analyse du projet de réforme qui lui a été soumis, le Conseil s'est aussi référé à ses critères auxquels il a fait allusion au début de ce rapport.

Le Conseil est conscient que le document *Orientations* n'a pas été élaboré spécifiquement pour les familles. Il s'adresse à toute la population, à ceux qui font partie d'une famille, comme aux personnes seules, aux jeunes, aux aînés, aux personnes bien portantes comme à celles qui présentent des handicaps divers.

Malgré ce fait, des attentes s'étaient créées auprès des intervenants et des organismes familiaux, de même qu'auprès des familles elles-mêmes relativement à l'approche familiale de ce document, à l'importance qu'il accorderait aux préoccupations des familles.

L'utilisation des critères familiaux a permis au Conseil de vérifier si l'on avait tenu compte des familles dans cette opération et si l'on pouvait considérer qu'il y avait une forme d'approche familiale.

Il semble d'abord que le critère qui soit le plus présent dans ce document est celui qui accorde *la priorité aux*

familles les plus vulnérables, à savoir celles dont les besoins psychologiques, sociaux ou économiques sont les plus grands (critère 6). Le contraire eut étonné considérant la mission même du ministère qui est porteur d'une telle réforme. Par contre, d'après le Conseil, la vulnérabilité dont fait mention le texte est souvent celle qui touche les personnes dans leur individualité. Le Conseil trouverait rassurant que pour les personnes identifiées comme vulnérables l'on puisse tenir compte du soutien que peuvent ou non offrir leur famille et leur entourage.

La *volonté de soutenir et de compléter l'effort des familles plutôt que de les remplacer* (critère 2) est aussi présente dans ce texte, ne serait-ce que par l'élaboration d'objectifs de santé, par la décision d'augmenter l'accessibilité des heures et des jours d'ouverture des C.L.S.C., par une meilleure formation et une meilleure répartition des professionnels, de même que par le financement des organismes communautaires.

Le critère relatif *au partenariat entre le Gouvernement et les citoyens* (critère 4) de même que celui qui est relatif au respect de la *diversité des familles* (critère 5) ont à peu près une place équivalente dans le document. En ce qui a trait au partenariat, le Conseil l'a déjà exprimé, il craint que le Ministère responsable de la réforme compte un peu trop sur le milieu pour assumer les conséquences des changements subis par la société, tel le vieillissement, la lourdeur des clientèles de centres d'accueil. Quant à la diversité des familles, on peut percevoir dans certains chapitres que les différentes situations vécues par les familles trouvent un certain écho; ainsi, on sera préoccupé par la nécessité de sensibiliser le personnel des établissements aux nouvelles réalités familiales, par exemple.

Il est fait peu de cas de la *stabilité des familles* (critère 1), si ce n'est la préoccupation de maintenir les personnes les plus en santé possible pour qu'elles assument leur responsabilité auprès de leur famille de façon continue. Quant à la médiation et à la consultation familiales, solutions qui pourraient avoir des répercussions directes et positives sur la globalité des familles, elles ne sont qu'évoquées dans le document. En fait, l'impression dégagée par ce texte est que le réseau de la santé et des services sociaux pallie davantage les conséquences négatives de l'instabilité de certaines familles qu'il ne renforce leurs aspects positifs.

Quant au critère relatif à *la force et à durabilité des liens de parenté et à l'influence que les membres de la famille exercent les uns sur les autres* (critère 3), il est celui qui est le plus absent de ce document.

Finalement, le Conseil considère, malgré toutes les réserves qui ont été apportées au cours de l'analyse, que le document ministériel renferme certaines promesses tant pour les membres des familles que pour ceux qui oeuvrent auprès de celles-ci. Il faut reconnaître que la philosophie du document, en préconisant la santé et le bien-être, rappelle les objectifs de la politique familiale qui est de créer des conditions favorables à l'épanouissement des familles et à l'exercice de leur responsabilité; toutefois, le document gouvernemental aurait dû être plus explicite à cet égard car le besoin de renforcer les familles est très grand.

L'inquiétude du Conseil se situe surtout au niveau des moyens, des conditions, des changements d'attitude dans les interventions envers les familles et leurs membres ainsi que des délais de la mise en oeuvre de cette vaste opération que constituera la réforme. C'est dans son application au cours des prochaines années, dans l'action en somme, que les familles espèrent trouver réponses à leurs besoins et vérifier si le leitmotiv **Penser et Agir famille** trouve quelque application concrète dans tout ce processus.

En cela, le Conseil entend les aider et les accompagner en demeurant vigilant relativement aux principales questions qui ont le plus d'impact sur la vie des familles. À cette fin, il suivra les principales étapes du plan de réalisation prévu et se prononcera aux moments opportuns.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

CHAPITRE PREMIER

1- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec 1989, 147 p.

2- a) Jacques BRUNET. *Rapport du comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les C.L.S.C.* (Rapport Brunet), Québec, 1987, 91 p.

b) Gaston HARNOIS. *Pour un partenariat élargi: projet de politique de santé mentale pour le Québec* (Rapport Harnois), Québec, 1987, 185 p.

c) Jean HARVEY. *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, et d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*, Québec, 1988, 88 p.

d) QUÉBEC. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux* (Rapport Rochon), Québec, 1987, 803 p.

3- L'avant-projet de loi intitulé *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est disponible depuis le début de juillet 1989.

4- QUÉBEC. CONSEIL DE LA FAMILLE. *Penser et agir famille. Guide à l'intention des intervenants publics et privés*, Québec, avis no 89.2., novembre 1989, 69 p.

5- Holistique ou holiste: adj., relatif ou favorable à l'holisme. Holisme: doctrine épistémologique selon laquelle, face à l'expérience, chaque énoncé scientifique est tributaire du domaine tout entier dans lequel il apparaît. Tiré du Larousse 1989, p. 494.

6- QUÉBEC. SECRÉTARIAT À LA POLITIQUE FAMILIALE. *La politique familiale. Énoncé des orientations et de la dynamique administrative*, adopté par le Conseil des ministres le 3 décembre 1987, 16 p.

7- QUÉBEC. CONSEIL DE LA FAMILLE. *Réaction au Plan d'action gouvernemental en matière de politique familiale 1989-1991, Familles en tête*, Québec, 1990, 20 p.

8- Le lecteur pourra trouver des statistiques qui illustreront certains aspects de la vie des infirmiers et infirmières dans le document suivant: QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les statistiques sur le personnel en soins infirmiers, 1980-1981 à 1986-1987*, 678 p.

CHAPITRE II

1- QUÉBEC. SECRÉTARIAT À LA POLITIQUE FAMILIALE. *La politique familiale. Énoncé des orientations et de la dynamique administrative*, adopté par le Conseil des ministres le 3 décembre 1987, 16 p.

2- QUÉBEC. SECRÉTARIAT À LA FAMILLE. *Plan d'action en matière de politique familiale 1989-1991: Familles en tête*, Québec, 1989, 57 p.

3- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec – Orientations*, Québec, 1989, 147 p.

4- Secrétariat à la famille, op. cit., p. 31.

5- QUÉBEC. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux* (Rapport Rochon), Québec, 1987, p. 451.

6- Dans cette ligne de pensée, le Rapport de l'enquête Santé-Québec fait également une mise en garde sur les possibilités et les capacités de l'environnement social des individus qui réclament une forme quelconque de prise en charge. Les auteurs de l'enquête s'appuient en cela sur l'analyse du «niveau du stress déclaré des événements de la vie»; il est en effet mis en lumière que l'événement qui consiste à avoir «un malade au foyer» a un indice élevé, soit 6,2 pour les hommes et 7,4 (échelle de 1 à 10) pour les femmes et il affecte tous les groupes d'âge, même les jeunes. C'est donc dire qu'il serait important avant de confier certaines personnes à leur milieu naturel de bien évaluer les impacts qu'un tel «événement» pourrait avoir sur la famille et le milieu environnant. QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LES DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE. *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête SANTÉ-QUÉBEC 1987*, Québec, 1988, Tome 1, pp. 77, 78, 79, 84, 85, 89, 170.

CONCLUSION

1- QUÉBEC. COMITÉ DE LA CONSULTATION SUR LA POLITIQUE FAMILIALE. *Rapport du Comité de la consultation sur la politique familiale*, Québec, 1986. 152 p.
2e partie: *Le soutien collectif recommandé pour les parents québécois*, p. 120.

Recommandations du conseil de la famille

1. QUE le M.S.S.S. et son réseau développent, dans les étapes subséquentes de la réforme, l'approche familiale en révisant, en conséquence, leurs programmes d'intervention, tel que le prévoit la mesure 13 du Plan d'action.
2. QUE dans chaque régie régionale soient créés une commission administrative de la politique familiale, de même qu'un poste de responsable de son développement.
3. QUE soit prévu dans chaque établissement du réseau un poste de répondant à la politique familiale.
4. QUE le quart des sièges soit réservé aux représentants d'organismes familiaux à chaque conseil d'administration des niveaux local et régional.
5. QUE le Gouvernement offre un soutien didactique et financier afin d'optimiser l'implication des personnes qui siègeront aux diverses instances sur les plans local et régional, notamment pour les bénévoles, dans la perspective où il favorise la participation de la population tant à la gestion qu'à la prestation des services.
6. QUE pour actualiser le partenariat souhaité de part et d'autre, les milieux naturels (familles, amis, voisins) qui s'engagent dans la prestation de services puissent tout au moins compter sur une forme certaine d'aide financière de l'État, de même que sur les services suivants, à savoir, l'évaluation, le suivi, les services de répit, la prise en charge définitive lorsque la situation arrive à un point de non-retour et la formation des aidants naturels.
7. QUE les C.L.S.C. reçoivent les ressources nécessaires afin de poursuivre le développement des services de maintien à domicile pour les personnes dont les besoins correspondent véritablement à ce type de services, et ce, en complémentarité avec les autres services disponibles (centre de jour, centre hospitalier).
8. QUE le développement des services de maintien à domicile ne se fasse pas au détriment des autres clientèles dont sont responsables les C.L.S.C. notamment celles relatives aux enfants et aux familles vulnérables.
9. QUE le M.S.S.S. prenne les mesures nécessaires afin que les regroupements de Conseil d'administration par territoire de C.L.S.C. et par territoire de C.S.S. soient l'occasion pour chacun des établissements visés de s'affirmer administrativement et financièrement pour que leurs clientèles respectives reçoivent la juste part des services qui leur revient.
10. QUE l'impact social des problèmes de santé trouve davantage écho dans la répartition de la «marge de manoeuvre».
11. QUE la recherche sociale soit accentuée au cours des prochaines années, et qu'elle tienne compte des nombreuses transitions que vivent les familles actuelles.
12. QUE le M.S.S.S. soit définitivement reconnu comme maître d'oeuvre du dossier de la médiation familiale et que l'aspect psychosocial des services s'impose pour le plus grand bien des enfants qui sont impliqués dans les ruptures d'union.
13. QUE les organismes familiaux, locaux et régionaux, soient subventionnés par les régies régionales, comme le préconise le document *Orientations*, non seulement en fonction des priorités retenues par le ministère de la Santé et des Services sociaux mais aussi en raison de leurs diverses activités de soutien aux parents.
14. DE subventionner également les regroupements d'organismes familiaux de même que les organismes familiaux ayant un rayonnement d'envergure provinciale, afin qu'ils puissent exercer leur essentiel travail de représentation des intérêts de leurs membres, de concertation, de développement et de formation dans leur champ d'intérêt respectif.

Composition du conseil de la famille 1989-1990

MEMBRES

FORTIN, Bernard, Président
Charlesbourg

CÔTÉ LEMIEUX, Lise, Vice-présidente
Présidente de la Commission scolaire
des Découvreurs
Sainte-Foy

BOUTIN Louise
Directrice des Relations publiques
chez Pratt et Whitney
Saint-Bruno

BREDY WECHE, Marie-Suzie
Coordonnatrice de l'oeuvre d'entraide
de l'Association des médecins haitiens
à l'étranger
Brossard

DUBÉ, Robert
Directeur général de la
Fondation québécoise en environnement
Montréal

GAUTHIER, Gaston
Coordonnateur en éducation des
adultes à la CECM
Montréal

KEEFLER, Joan
Travailleuse sociale, VMSSC,
Département de psychiatrie,
Hôpital général de Montréal
Westmount

LALONDE, André-B.
Chef du département
d'obstétrique-gynécologie,
Hôpital général de LaSalle
Ville LaSalle

LAPRISE, Benoît
Maire de la ville de Saint-Félicien
Saint-Félicien

SIGNORI, Céline
Directrice générale de la Fédération
des associations de familles mono-
parentales du Québec
Pierrefonds

VERMETTE, Serge
Avocat
Québec

MEMBRE ADJOINT D'OFFICE

OUELLET, Aubert
Secrétaire à la famille
Sainte-Foy

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

LAMOUREUX, Jean-Pierre
Charlesbourg